Ueber

Ludwig'sche Halsbindegewebsentzündung.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der gesammten Heilkunde

unter dem Präsidium

des Herrn Generalstabsarztes

Prof. Dr. Ritter von Nussbaum

der hohen medicinischen Fakultät in München

vorgelegt

von

Anton Stanzl,

Sr. königlichen Hoheit des Grafen von Chambord
Assistenzarzt in Frohsdorf.

München, 1880.

Kgl. Hof- und Universitäts-Buchdruckerei von Dr. C. Wolf & Sohn.

Ueber

Ludwig'sche Halsbindegewebsentzündung.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der gesammten Heilkunde

unter dem Präsidium

des Herrn Generalstabsarztes

Prof. Dr. Ritter von Nussbaum

der hohen medicinischen Fakultät in München

vorgelegt

von

Anton Stanzl,

Sr. königlichen Hoheit des Grafen von Chambord
Assistenzarzt in Frohsdorf.

München, 1880.

Kgl. Hof- und Universitäts-Buchdruckerei von Dr. C. Wolf & Sohn.

Seiner königlichen Hoheit

dem Grafen von Chambord,

Herzoge von Bordeaux, Prinzen von Frankreich,

dem hohen Beförderer alles Guten und Edlen

in tiefster Ehrfurcht und Ergebenheit

gewidmet vom

Verfasser.

Ueber „Ludwig'sche Halsbindegewebentzündung."

Unter den Krankheiten des Halses, welche den Praktiker in hohem Grade interessiren, nimmt die Angina Ludovici nicht den letzten Platz ein. Obschon auch, wie Heim nachgewiesen, den älteren Aerzten bekannt und von Craigie im »Edinburgh Journal 1834 Nr. 120« und von Alquié im »Journal de Montpellier Vol. II Livre 10« schon vorher erwähnt, gebührt doch v. Ludwig das Verdienst im württembergischen med. Correspondenzblatte Bd. VI 1836 Nr. 4 diese »Neue Art von Halsentzündung« näher beschrieben und zur Kenntniss dieser Erkrankung Wesentliches geliefert zn haben. Obgleich nun die älteren Journale einzelne Fälle beschrieben, so bringen selbst die grössten Blätter der letzteren Jahre nur spärliche Mittheilungen über diese hochinteressante Erkrankung und angetrieben durch die eigene Beobachtung von vier solchen Fällen und von sieben von Dr. Adolf Klein aus der chirurg. Abtheilung des Primar's Dr. Englisch des k. k. Rudolf-Spitales in Wien im chirurg. Centralblatte Jahrgg. XV 1880 veröffentlichten Ludwig'schen Halsbindegewebsentzündungen erlaube ich mir die Aufmerksamkeit der Aerzte hiermit auf's Neue auf diese Erkrankung zu lenken.

Die Angina Ludovici (nach Emmert und Klein) ist eine phlegmonöse Entzündung der tieferen Lagen des Zellgewebes des Halses mit Einlagerung eines gleichmässig ver-

theilten festen Exsudates in dasselbe mit der Neigung zu diffuser brandiger Zerstörung und Verjauchung seltener zu Abscessbildung und gänzlichen Aufsaugung, ein um so fürchterlicheres Uebel, als es rapid auftritt, rasch die Schichten des Halses oft bis zur Wirbelsäule durchsetzt, die hier enggelagerten lebenswichtigen Organe durch Compression und Gangrän bedroht und nur zu häufig mit grosser Schnelligkeit zum letalen Ende führt.

Symptome. Die Erkrankung beginnt meistens mit einer einseitigen, seltener doppelseitigen Anschwelluug der Submaxillardrüsen, ohne dass besondere Erscheinungen vorausgegangen wären. Nur in seltenen Fällen ging Unwolsein, etwas Frost, Steife in der Zunge, etwas schleppende Sprache und ein Ziehen im Halse und Nacken voraus. Wol aber muss ich bemerken, dass in allen bisher von mir gesehenen Fällen Zahnschmerz in subacutem Grade in Folge von Caries eines oder mehrerer Mahlzähne der Erkrankung vorausging. Auch Emmert, Klein, Albert und Andere erwähnen dieses Umstandes, auf den ich später noch einmal zurückkommen will. Rasch nimmt nun die Schwellung zu und bald reicht sie vom Rande des Unterkiefers bis zur Inscissura interclavicularis und von der Clavicula bis zum Processus mastoideus, gewöhnlich nur eine, seltener beide Seiten des Halses einnehmend. Die Haut ist von normaler Farbe, etwas gespannt, die Geschwulst von brettharter Consistenz, beim Betasten schmerzhaft, von der Umgebung ziemlich scharf abgegränzt und nicht verschiebbar. Schneidet man in die Geschwulst ein, so geschieht diess unter Knirschen und je nach dem vorgeschrittenen Stadium der Erkrankung entleert sich aus den gesetzten Schnittwunden mehr oder weniger blutiges Serum mit spärlichen Eiterkörperchen vermischt. Der Kopf ist nach der gesunden Seite und rückwärts geneigt, das Gesicht ödematös, zeigt einen ängstlichen, unruhigen und furchtsamen Ausdruck oder den der Resig-

nation, die Zunge erscheint durch die Geschwulst und den harten Mundboden nach aufwärts gedrängt, das Cavum oris verkleinert; der Kranke ist nicht im Stande den Mund zu öffnen und ordentlich zu schliessen, wesshalb aus den Mundwinkeln sich beständig der Speichel ergiesst; das Sprechen kommt nur unter Anstrengung zu Stande, das Athmen und Schlingen ist sehr erschwert, letzteres oftmals unmöglich. Schreitet der Prozess nun weiter, so wird die Haut noch gespannter, glänzend, livid, das Schlingen selbst für die kleinsten Quantitäten flüssiger Stoffe zur Unmöglichkeit, durch Druck auf den Vagus treten Athembeschwerden ein, die Respiration wird mühsam, beschwerlich und geräuschvoll, durch Compression der Halsgefässe, besonders der Jugularis interna werden Unruhe, Kopfschmerz, Delirien und selbst Krämpfe ausgelöst, die Kräfte verfallen, es stellen sich Suffocationserscheinungen ein, und in kurzer Zeit beschliesst der Tod die Reihe der Erscheinungen, als dessen häufigste Ursache Glottisoedem und der dadurch bedingte Verschluss der Athemwege auftritt, obwol auch Apoplexie des Gehirnes, Durchbruch des Eiters in die Trachea oder den Oesophagus und dadurch herbeigeführte Erstickung, Verblutung in Folge von Arrodirung und Berstung von Gefässen, Erguss des Eiters oder der Jauche in die Mediastina und dadurch erfolgte Pyämie mit ihren Folgezuständen das letale Ende herbeiführen können. Nicht immer jedoch gestaltet sich die Reihe der Erscheinungen in dieser Weise, sondern, nachdem die Geschwulst eine gewisse Höhe erreicht, tritt Aufsaugung der gesetzten Exudate ein, die sich gewöhnlich durch Nichts beschleunigen lässt und sehr lange Zeit in Anspruch nimmt, oder die Geschwulst wird an verschiedenen Stellen fluctuirend, mit ebenso vielen Eiterherden durchsetzt so dem allmäligen Zerfalle entgegengehend, oder, nachdem die Haut etwas röther geworden und die Geschwulst von einem leichten Oedem durchtränkt erscheint, mehrt sich

das Fieber, Fröste stellen sich ein, die Hautfarbe wird fahl, das subcutane, subfasciale und intermusculäre Zellgewebe geht rasch seinem Verfalle entgegen und wenn der mit zahlreichen gangränösen Fetzen abgestorbenen Bindegewebes versehenen Jauche nicht durch Kunsthilfe der Weg gebahnt wird, so erfolgt der Durchbruch entweder nach Aussen oder durch die Mundhöhle, worauf die heftigen Erscheinungen abnehmen und der Kranke der Genesung entgegengeht.

Anatomie. Hand in Hand mit den bis nun geschilderten Erscheinungen gehen die anatomisch-pathologischen Veränderungen. Ein serös-plastisches Exsudat durchdringt im Anfangsstadium alle Schichten des Halszellgewebes und die einzelnen Organe, dieselben gleichsam mit einer festen Kapsel umgebend, wodurch die parenchymatöse Ernährung der Gewebe im hohen Grade behindert wird und diese durch Beschränkung und gänzliche Aufhebung der Circulation zum eitrigen oder brandigen Zerfall gebracht werden, der sich vor Allem auf das areoläre Zellgewebe erstreckt, aber wie Niemeyer angiebt auch die Muskel und die Knochen ergreift. Man findet daher bei der Section, das tief liegende Halszellgewebe zwischen den Muskeln, Gefässen, Nerven, der Trachea und dem Oesophagus mehr weniger zerstört, an verschiedenen Stellen Eiterherde, in denen abgestorbene Bindegewebsstücke sich befinden, die Muskulatur erscheint blass, mehr weniger matsch, beinahe in den meisten Fällen zeigt sich Verdickung und schmutzig röthliche Trübung des Neurilemms, was, wie Emmert sagt, auch auf tiefer gehende Veränderungen im Nerven selbst schliessen lässt und auf den häufig gähen Abschluss des Prozesses gewiss nicht ohne Einfluss sein wird. Bisweilen zeigt sich Periostitis und Caries des Unterkiefers. Die Submaxillardrüsen sind vergrössert, serös durchtränkt, entzündlich; nach Virchow, C. Weber und Rindfleisch's Untersuchungen findet sich Hyperämie der Drüsenläppchen, trübe

Schwellung der Epitelien der Acini, welche normal die Grösse eines Stecknadelkopfes und eine blassgelblichgraue Farbe besitzen, an der entzündeten Drüse als dunkelrothe, bis linsengrosse, prall geschwellte Körperchen hervortreten. Die mikroskopische Untersuchung zeigt die Endtubuli verschieden weit in der Erkrankung vorgeschritten; neben ganz normalen Acinis findet man solche, deren Epitel um das Doppelte vergrössert ist, einen trüben, körnigen Inhalt zeigen und andere, in denen Kerntheilung vor sich geht und die mit Eiterzellen angefüllt sind, wol auch mehrere Acini zu einem Eiterherde vereinigt. Ausserdem zeigt die Section oft Glottisoedem bis zum höchsten Grade, Oedem und Auflockerung der Schleimhaut des Rachens, Schlundes, Kehlkopfes und der Trachea, Ulcerationen und Schwellung der Tonsillen, Zerreissung von Gefässen mit Blutergüssen, Eiter- und Jauche-Erguss in die Mediastina, pyämische Ablagerungen in anderen Organen, sowie nach Emmert Hyperämie und Blutaustritte im Gehirne und seinen Häuten.

Aetiologie. Die Autoren stimmen Alle darin über ein, dass diese Krankheit in den meisten Fällen primär auftrete als ein selbstständiges Leiden, welches zu manchen Zeiten cumulativ erscheint. Emmert sagt, dass die veranlassenden Ursachen dieselben sind, welche man als solche diffuser Entzündungen kennt, nämlich örtliche Reize, Erkältungen besonders zur Zeit herrschender rheumatoider und erysipelatöser Krankheitsprozesse, und dass diese Halsentzündung wol hauptsächlich desshalb im subfascialen Bindegewebe vorkomme, weil hier wegen der Nähe der Kiefer und der Mündungen der Luft- und Digestionswege häufiger als an einer anderen Halsgegend Schleimhaut-Entzündungen beginnen und Localreize wirken, unter denen er besonders Zahnschmerzen betont, was auch Niemeyer hervorhebt. Nach diesem und Anderen tritt diese Entzündung secundär zuweilen auf bei Erkrankungen des Unterkiefers, bei Perios-

titis und Necrose, bei metastatischer Parotitis, wie sie oft im Verlaufe des Typhus, acuter Exantheme und Puerperalprozessen erscheint, nach Niemeyer und Kunze besonders bei Diphtheritis, wo sie ähnlich wie andere entzündliche Erkrankungen oft in wahrhaft endemischer Weise auftritt. Murchison,*) der ein solches endemisches Auftreten auf den Hebriden beobachtete, theilt mit, dass nie zwei Erkrankungen in einer Familie vorkamen, trotzdem keinerlei Isolirung der Gesunden von den Erkrankten vorhanden war, was wol dafür spricht, dass bisher Infection oder Contagiosität dieser Krankheit nicht nachgewiesen werden konnte. Anämische, schlecht genährte, schwächliche, durch schwere Krankheitsprozesse herabgekommene Individuen werden in überwiegend grösserer Mehrzahl ergriffen als kräftige. In den von mir gesehenen Fällen waren jedesmal hochgradig cariöse Zähne verbunden mit einer schlechten Pflege derselben und der Mundhöhle überhaupt vorhanden, und so Zersetzungsprozessen im Munde jedweder Vorschub geleistet. Jedesmal ging kurze Zeit vor dem Auftreten der Erkrankung Zahnschmerz voran, dem die Anschwellung der Submaxillardrüsen und sodann die übrigen Erscheinungen nachfolgten.

Eine besondere Grundlage für dieses Leiden, sowie ein besonderer Einfluss der Wohnung, Lebensweise, des Alters und Geschlechtes kann nicht erwiesen werden.

Prognose. Berücksichtigt man das im Vorhergangenen Angeführte, so muss man zu der Ueberzeugung kommen, dass es wol wenige Krankheiten gibt, welche die Denkkraft des Arztes mehr beanspruchen werden in Bezug auf die Vorhersage, als die Angina Ludovici. Kommt der einzelne Fall frühzeitig genug in ordentliche ärztliche Behandlung und ist die Erkrankung eine primäre, die Ausbreitung der Entzündung keine zu grosse und nicht hoch-

*) Dr. Murchison. Brit. med. Journ. Dec. 25. 1875.

gradig, gelingt es die veranlassenden Ursachen zu beseitigen, ist das Individuum kräftig, widerstandsfähig und von guter Constitution, sind auch die localen Verhältnisse des Halses sonst normale, keine Complicationen und zu gleicher Zeit einhergehende Epidemien vorhanden, so wird man wol im Allgemeinen eine günstige Prognosis stellen können.

Sind im Gegentheile schwere Erscheinungen vorhanden, nimmt die Geschwulst die ganze Halsgegend ein, ist der Kranke herabgekommen, schwächlich, von anderen besonders acuten Infectionskrankheiten arg mitgenommen worden, oder sind erschwerende Umstände am Halse oder im Rachen selbst, wie Hypertrophie der Schilddrüse und der Tonsillen vorhanden oder tritt diese Erkrankung secundär als Folge anderer tiefer Erkrankungen auf, so wird wol der Tod, wie Emmert angiebt, nach 8 bis 14 Tagen der unausbleibliche Schluss der ganzen Erscheinungen sein. Nach den Angaben des Dr. Klein wurden Fälle beobachtet, die primär in einem minder hohen Grade und unter keineswegs heftigen Erscheinungen, also subacut auftraten, die dennoch zum letalen Ende führten. In jedem Falle wird es sich daher empfehlen, mit dem Aussprechen seiner Meinung nicht voreilig zu sein, sondern mit der grössten Umsicht und Geduld die Entwicklung und das Fortschreiten der Erkrankung zu beobachten, um nicht nachher von unangenehmen und unabwendbaren Ereignissen überrascht zu werden.

Therapie. Die Behandlung eines so gefährlichen Uebels erfordert von Seite des Arztes alle Aufmerksamkeit und Energie. Man wird bestrebt sein, vor allem Anderen die Ursachen, inwiefern dieselben entfernbar oder wenigstens angreifbar sind, zu beseitigen, und wird zu diesem Zwecke cariöse Zähne entfernen, vor Erkältungen schützen und auf alle sonstigen Umstände Rücksicht nehmen. Alle Autoren stimmen darin überein, dass nur ein energisch durchgeführtes, kräftiges antiphlogistisches Verfahren den Kranken retten

könne, und werden zu diesem Behufe kalte Fomente in Form der Eiskravate besonders empfohlen, so lange die Entzündung noch im Vorschreiten begriffen ist, worüber sich von Nussbaum äussert, dass die Kälte nur auf den ersten und zweiten Tag passt, und wenn Zähne die Ursache der Erkrankung bilden, auch in den ersten Tagen nicht passt. Wenig Nutzen sah man von der Anwendung des Unguentum hydrargyri und feuchtwarmer Kataplasmen, die überhaupt nur im Stadium der Schmelzung angezeigt sein dürften. und am besten in der Form von mit Guttaperchapapier bedeckten 1—2% Carbolwasser- oder Chlorwasser-Umschlägen angewendet werden. Von Ludwig*) sagt: Was die Behandlung der vorgekommenen Fälle mit örtlichen und allgemeinen Blutentleerungen, erweichenden Umschlägen und Gargarismen, Mercurialien innerlich und äusserlich, Schweiss und Harn treibenden Mitteln betrifft, so lief sie stets tödlich ab und sagt in dieser Beziehung von Nussbaum, dass es Fälle gibt, die sehr rapid verlaufen, wo das Bindegewebe der Wirbelsäule verjaucht, die Jauche unter das Sternum in das Mediastinum hineinsinkt, durch Arrodirung der dort verlaufenden Gefässe tödtliche Blutungen erzeugt oder Maceriung des Sternum und benachbarter Organe hervorbringt und schliesslich dem Leben durch Pyaemie ein Ende macht und daher absolut verloren sind, während Andere durch frühzeitiges Suchen und Finden des Eiterherdes vor Eitersenkung unter das Sternum und die Clavicula bewahrt werden.

Bestehen Geschwulst und Schmerz bereits durch einige Tage, und steigt das Fieber hoch, so ist bereits Eiterung eingetreten und man suche sofort den Jaucheherd. Von Nussbaum öffnet zu diesem Zwecke, wenn Zahnweh vorausging, den gesperrten Mund mit Gewalt durch einen Mund-

*) v. Ludwig, Würtemb. med. Corresp. Bl. Bd. VI. 1836, Nr. 4. Neue Art von Halsentzünduug.

spiegel und entfernt den bösen Zahn, worauf meist Jauche in den Mund fliesst, macht hierauf eine tiefe Inscision, welche die betreffende Kieferstelle, wo der schlechte Zahn sass, blos-legt, legt Drainagen ein und wendet antiseptische Irrigation an. War jedoch kein Zahnweh vorhanden, so werden, selbst wenn nirgends Fluctuation zu finden ist, an der höchsten Stelle Inscisionen gemacht, worauf von Nussbaum das weitere Vordringen in die Tiefe mittelst einer starken Sonde oder Kornzange vornimmt oder mit einer Prawaz'schen Spritze, welche an verschiedenen Stellen eingestossen wird, aus der Tiefe einige Tropfen Jauche aufzusaugen strebt. Sicherer*) von der Ansicht ausgehend, den örtlichen Krankheitsprozess durch Anbringung kräftiger Hautreize von den innern Theilen nach der Oberfläche zu leiten, empfiehlt Zugpflaster auf die Geschwulst zu legen, dann die Epidermis zu entfernen und Charpie mit einer starken Sublimatschtion getränkt wiederholt aufzulegen. Emmert betont die ausserordentliche Wichtigkeit des Umstandes, dass, wenn die Geschwulst von Aussen noch ganz bretthart erscheint, in der Tiefe unter der Fascie bereits ausgedehnte Eiterherde vorhanden sein können, ohne dass Fluctuation von Aussen wahrgenommen werde. Tritt nun kein Nachlass der Erscheinungen ein, bilden sich vielmehr bedrohliche Zustände aus, die auf Glottisoedem schliessen lassen, so kann es zur Tracheotomie kommen, mit welcher wegen der oft rasch eintretenden Kohlensäurevergiftung und Erstickungsgefahr nicht zu lange gewartet werden möge, da eine frühzeitig ausgeführte Tracheotomie stets den besseren Erfolg erwarten lässt. Auch werden, selbst wenn, wie oben erwähnt, noch nicht Fluctuation nachweisbar ist, ungesäumt ausgeführte tiefere Inscisionen, ausgeführt an den allenfallsig weicheren Stellen und Eröffnung eines oder mehrerer Eiterherde, das

*) Sicherer, Würtemb. med. Corresp. Blt. Bd. IX. 1839, Nr. 32—34.

zuverlässigste Rettungsmittel bilden. Es sei mir gestattet, hier in dankbarer Erinnerung meines Lehrers, des Herrn Prof. Dr. W. Güntner in Salzburg zu gedenken, der empfahl, bei dieser Erkrankung zahlreiche Inscisionen zu machen, um dadurch den eitrigen Zerfall anzustreben und dem Eiter zugleich hinreichenden Abfluss zu gewähren, was ich in einem Falle mit Nutzen zur Anwendung brachte. Auch Kunze, Niemeyer, v. Nussbaum und Emmert empfehlen Einschnitte zu machen. Bei der Ausführung der Inscisionen wird man, wenn keine fluctuirende Stellen vorhanden sind, den Concentrationspunkt der Geschwulst angreifen oder sich nur von den chirurgisch-anatomischen Verhältnissen des Halses leiten lassen, wobei es sich empfiehlt, nach Durchschneidung der Halsfascie in der oben erwähnten und durch v. Nussbaum geübten Weise den Versuch zu machen zu den Eiterherden zu gelangen, um sodann ohne Verletzung von Gefässen oder edlerer Organe die Erweiterung der Wunde vorzunehmen, bei welcher wegen des hyperämischen Zustandes der Gewebe gewöhnlich eine ziemlich starke Blutung auftritt. Für die weitere Behandlung ist wie überall so auch hier das Lister'sche Verfahren am Platze. Ist dem Eiter durch einen hinreichend grossen Einschnitt an gehöriger Stelle der Abfluss gestattet worden, so lassen die Erscheinungen oft in überraschend schneller Weise nach und es tritt vollständige Heilung ein. Erfolgt aber der Selbstaufbruch, so können durch lange Zeit hindurch noch fistulöse Zustände übrig bleiben und der Tod noch durch Abzehrung, Pyämie oder Eitersenkung in die Mediastina erfolgen. Zeigt sich jedoch trotz der gemachten Inscisionen kein Nachlass der Athmungsbeschwerden und treten vielmehr die Erscheinungen der Erstickungsgefahr ein, so ist eine rasch ausgeführte Laryngotomie indicirt, welche bei tiefliegenden Eiterherden, die gewöhnlich die Tendenz nach Innen haben, mit der Tamponade der Trachea verbunden werden kann. Ist endlich

der Prozess zum Abschluss gelangt, so bleiben meist harte indolente Anschwellungen der Submaxillargegend zurück, die einen grossen Widerstand zeigen sowol gegen die von Niemeyer empfohlenen Vesicantien, als auch gegen Unguentum hydrargyri, Jod, Jodoform etc., sowie allen anderen Mitteln gegenüber, schliesslich aber endlich auch verschwinden. Um nun das wechselvolle Bild dieser Erkrankung noch besser zu beleuchten und weitere aetiologische und therapeutische Anhaltspunkte zu gewinnen, will ich die mir zu Gebote stehenden Fälle aufzählen, von denen die ersten sieben, wie schon Eingangs erwähnt aus der Feder Dr. Klein's stammen und im Wiener Rudolfs-Spitale zur Beobachtung kamen.

I. Fall.

Müller Johann, 23 Jahre alt, Comptoirist, Constitution und Ernährung mittel, aufgenommen am 3. Jänner 1877. Patient erkrankte vor 6 Tagen mit Schmerz beim Schlingen und Anschwellung der linken Unterkiefergegend, wozu sich bald unter Steigerung der Schlingbeschwerden Schwellung der rechten Unterkiefer- und der Unterkinngegend gesellte. Urin roth, klar. Spec. G. 1035. Spuren von Albumen. Physikalische Untersuchung nichts Abnormes.

Status praesens: Hochgradige Schwellung vor dem rechten Ohre beginnend längs des Bodens der Mundhöhle bis zum andern Ohre sich erstreckend. Die grösste Schwellung entsprechend dem rechten Aste des Unterkiefers und der rechten Unterkinngegend. Geschwulst überall derb, nirgends Zeichen der Fluctuation. Boden der Mundhöhle infiltrirt, Zunge bedeutend nach aufwärts gedrängt, am harten Gaumen angepresst. Temperatur der Haut erhöht. Dieselbe leicht geröthet, entspannende Inscision in der Submentalgegend und vor dem rechten Unterkieferwinkel. Es entleert sich blos Blut. 21. Jänner 37·8. Oedem der rechten Gesichtshälfte bis zur Stirne reichend, Haut prall gespannt, glänzend

roth. Entspannende Inscision an der rechten Wange. Hautemphysem in der Gegend des rechten Nasenflügels. Inscision am linken Augenlide und am harten Gaumen. Patient war in der Nacht sehr unruhig, stand öfters vom Bette auf. Delirien. Patient collabirte rasch und verschied Mittags.

Section: Körper mittelgross und blass. Rechte Gesichtshälfte und Hals am meisten die reg. inframax. dextra geschwellt, theils dunkel geröthet, theils grünlich verfärbt, auf der Höhe der Geschwulst circa 3 ctm. lange Inscisionen. Schädeldecken weich und blass, Hirnhäute oedematös. In der Luftröhre serös-schleimige Flüssigkeit. Schleimhaut des Pharynx, Larynx und der Trachea stark geröthet, der Aditus laryngis oedematös. Bei der Praeparation zeigt sich, dass die Geschwulst bedingt ist durch eitrig-jauchige Infiltration des subcutanen und intramusculären Zellgewebes. Maxillardrüse und Parotis secundär eitrig infiltrirt, Schilddrüse callös intumescirt, Brust- und Bauchorgane blutreich. Lunge von feinschaumigem Serum durchtränkt.

II. Fall.

Dworzak Vinzenz, Schuhmacher, 24 Jahre alt, aufgenommen am 16. April 1879.

Seit 14 Tagen Halsschmerzen und Stechen in der Seite.

Status praesens: Die hintere Rachenwand und Gaumenbögen dunkelroth gefärbt, geschwellt. Schlingen erschwert. Percussion und Auscultation normal am Thorax. Milz geschwellt. Im Urin Spuren von Albumen.

20. April. Klagt über heftige Halsschmerzen. Patient scheint nicht bei klarem Sensorium zu sein.

21. April. Patient spricht nichts, liegt apathisch. Stuhl seit gestern unwillkürlich.

23. April. Schwellung in der linken Parotidengegend. Temperatur 39.

24. April. Schwellung bretthart. 39. Viel Albumen im Urin. Plattenepithel und lymphoide Zellen.

25. April. Schwellung zugenommen; reicht herab bis zum Schlüsselbein. Transferirung auf die chirurgische Abtheilung.

26. April. Patient in Agonie. Inscision. Entleerung von sehr wenig Eiter, mehr Blut und Schaum. Rascher Collaps. Tod.

Section. Hydronephrosis bilateralis. Parenchym bis auf 1 ctm. verdünnt. Erweiterung der Uretheren. Excentr. Hypertrophie des linken Ventrikels. Am linken Unterkieferwinkel eine 6 ctm. lange Inscisionswunde, die zu einer bis auf die Wirbelsäule reichenden Zellgewebsvereiterung hinleitet.

III. Fall.

Witschke Josef, Tapezierer, Constitution und Ernährung mittel, am 22. Juli 1874 aufgenommen.

Vor 8 Tagen kam Patient als Ambulant und gab an, einen Nagel verschluckt zu haben; seit damals Husten und Schmerzen im linken Cavum buccopharyngeum. Bei der Untersuchung eine ziemliche Schwellung der Unterkieferhälfte, Schmerz beim Drucke; da Patient den Mund kaum so weit öffnen konnte, dass man mit dem Finger eindringen konnte, war eine genaue Untersuchung Sache der Unmöglichkeit.

Status praesens bei der Aufnahme: In der reg. submax. sinistr. übergreifend auf einen Theil der rechten Hälfte bedeutende Schwellung, Röthung und intensiver Schmerz bei jeder leisen Berührung. Zahnreihe kann kaum auf die Durchgängigkeit des Zeigefingers geöffnet werden. Patient war, als er auf die Abtheilung gebracht wurde, bereits cyanotisch und da von oben her eine Zugänglichkeit zum Larynx als unmöglich erachtet wurde, Patient nahe daran war zu ersticken, so wurde von einer Versammlung von Aerzten die Tracheotomie als Rettungsmittel vorgeschlagen und von Herrn Dr. Göttinger ausgeführt; leider war diess

erst möglich, als Patient schon in Agonie war. Unmittelbar nach der Operation starb Patient.

Obduction: Unterkiefer- und Unterzungengegend verjaucht, ebenso die sublinqualen Speicheldrüsen. Am unteren innern Rande des linken Unterkiefers eine kreuzergrosse, vom Periost entblösste, rauhe Knochenstelle. In der Trachea, deren Schleimhaut geschwellt, ist ein kleines frisches Blutcoagulum. Herz, Leber, Milz, Darmcanal, Harnblase normal. Ein Nagel konnte weder in der Trachea, noch in der Lunge und Oesophagus trotz sorgfältigster Untersuchung aufgefunden werden.'

IV. Fall.

Horitzki Dominik, Schneidergehilfe, 19 Jahre alt, aufgenommen am 11. Dezember 1875.

Seit 4 Wochen bemerkt Patient in der Gegend des linken Unterkieferwinkels eine kleine Geschwulst. Entstehungsursache weiss er dafür keine anzugeben. Kurz zuvor liess er sich einen schlechten Zahn ziehen, hatte aber darnach eine Geschwulst am Unterkiefer bemerkt. Die Geschwulst nahm nun allmälig zu, ohne schmerzhaft zu sein, zeitweilich kamen Anschwellungen im Gesichte, die dann wieder wichen. Seit 8 Tagen bemerkt Patient ein rasches Wachsen, bedeutende Schmerzhaftigkeit und das Gefühl von Toben und Klopfen. Nächtlicher Schlaf gestört. Am 13. Dezember kam Patient als Ambulant, es wurden ihm warme Umschläge angerathen.

Status praesens bei der Aufnahme: Die Haut der linken Wange und Halsgegend geröthet, infiltrirt. Die linke seitliche Halsgegend nimmt eine Geschwulst ein, wodurch die Conturen des Unterkiefers gänzlich verstrichen sind. Die Geschwulst ist derb, die Haut oedematös, Eiterung oberflächlich, nicht nachweisbar. Temperatur erhöht, Puls frequent. Es wurde in der Entfernung von 2 ctm. vom Kieferwinkel ein etwa 3 ctm. langer Hautschnitt gemacht und

schichtenweise präparirt. Es kam Blut mit Eiter gemengt, doch eine eigentliche Eiterhöhle lässt sich nicht eruiren. Unter dem Kieferwinkel gelangt man in eine mit gangränösen Fetzen angefüllte Höhle. Verband mit Chlorcharpie. Auf die linke Wange Kälte, erysipelatöse Stelle mit Carbolöl eingerieben.

14. Dezember. Temperatur 39'8, Puls 114. Patient fühlt Erleichterung.

15. Dezember. Schleimhaut der Mundhöhle gänzlich intact, nirgends eine Schwellung, Temperatur 37'8, Puls 102. Erysipel am Nasenrücken, Geschwulst etwas abgenommen.

16. Dezember. Aus den Drainröhren entleert sich Eiter, Erysipel begrenzt, abgeblasst. Temperatur 37'5, Puls 100.

17. Dezember. Erysipel verschwunden. Bald traten auch die Umrisse des Unterkiefers hervor. Die Temperatur wurde normal. An der linken seitlichen Halsgegend noch geringe Schwellung, Geschwulst weich, 3 ctm. vom Kieferwinkel links eine 2 ctm. lange Inscision; von hier aus geht ein Drainrohr in die Fistel. Auf eigenes Verlangen gebessert entlassen.

V. Fall.

Wöss Mathias, 30 Jahre alt, Hilfsarbeiter, Constitution und Ernährung schlecht, aufgenommen am 23. Juli 1875.

Patient bekam vor etwa 6 Tagen Schmerzen in einem Zahne des linken Unterkiefers, bald darauf trat Schwellung in der linken Seite ein. Patient konnte den Mund nicht gehörig öffnen. Geschwulst nahm nach aussen und innen immer mehr zu. Patient konnte keine feste Nahrung zu sich nehmen und bekam öfters Athembeschwerden.

Status praesens: Der Boden der Mundhöhle derb, infiltrirt, dunkelviolet gefärbt, oedematös. Die Schwellung setzte sich beiderseits entlang des Kiefers bis hinter die Ohrmuscheln fort. Fluctuation nirgends fühlbar. Der Mund kann nur auf ein Minimum geöffnet werden. Abends 7 Uhr

ein Erstickungsanfall, der einige Minuten dauert; solche Anfälle hatte Patient auch ausserhalb gehabt, doch nicht so lange. Warme Umschläge. Es wurde in der Mitte der Mundhöhle eine circa 2 Ctm. lange Incision gemacht; es kam kein Eiter.

25. Juli. Schwellung etwas geringer, aus der Wunde entleert sich ein gelber dicklicher Eiter.

26. Juli. Abends erhöhte Temperatur. Bei Druck entleert sich unter penetrantem Geruche ein gelber, dicklicher Eiter; drainirt.

28. Juli. Schwellung geringer. Temperatur normal.

30. Juli. Bedeutende Eiterung nach Aussen, in die Mundhöhle entleert sich nichts. Zwischen den beiden Köpfen der Sternokleidomastoidei Schwellung.

31. Juli. In der Mitte der linken Seitengegend des Halses Fluctuation. Innere Entleerung einer grossen Menge dicken gelben Eiters; drainirt.

1. August. Eiterung noch bedeutend. Schwellung nahm rapid ab.

3. August. Eiterung geringer, Wundöffnungen verkleinern sich. Mund vollständig zu öffnen.

6. August. Wunde in der Mitte des Halses vollständig geschlossen. Die seitliche Wunde eitert nur wenig.

9. August. Schwellung geschwunden. Incisionswunden vernarbt

VI. Fall.

Hanitz Paul, Schustergehilfe, 18 Jahre alt, Constitution und Ernährung mittel, aufgenommen den 5. Jänner 1875. Seit 3 Wochen ohne bekannte Veranlassung Schmerzen in der linken vordern und seitlichen Halsgegend. Bald darauf wurde eine Geschwulst bemerkbar. Diese nahm immer mehr zu und hat bei der Aufnahme eine Ausdehnung vom untern Rande des linken Unterkiefers bis ein Querfinger oberhalb der Clavicula. Die Geschwulst ist stark über die

Umgebung vorragend und an mehreren Stellen Fluctuation wahrnehmbar, im obersten Theile derselben aber grosse Härte. Patient war bisher immer gesund.

Es werden an zwei Stellen deutlicher Fluctuation Inscisionen gemacht und nach reichlichem Eiterabflusse beide durch ein Drainrohr verbunden.

6. Jänner. Nachlass der Schmerzen, Wärme.

13. Jänner. Gegend unter dem Kiefer noch immer hart. Wärme.

17. Jänner. Härte unter dem Kiefer noch nicht ganz geschwunden. Beschwerden keine mehr vorhanden — Heilung.

VII. Fall.

Schubert Alois, Commis, 36 Jahre alt, wurde am 26. April 1878 sub J. Nr. 2612 auf die 1. chirurgische Abtheilung aufgenommen.

Patient bisher vollständig von Krankheiten verschont, litt seit 14. April an heftigen Zahnschmerzen, wodurch er sich bewogen fühlte, am 16. April 2 Zähne ziehen zu lassen und zwar einen obern und untern linken Backenzahn. Schon nach einigen Tagen trat eine Anschwellung in der linken Wangengegend auf, die an Intensität zunahm und mit unerträglichen Schmerzen verbunden war. Im Verlaufe der nächsten zwei Tage breitete sich die Geschwulst über den Halstheil und die obere linke Brustgegend aus. Ein zu Rath gezogener Arzt machte in der Gegend des linken Kieferwinkels eine Inscision und rieth zugleich dem Kranken, sich in irgend ein Krankenhaus aufnehmen zu lassen.

Status praesens: Patient ist ziemlich gross, schlank, mässig genährt. Befund der Brusteingeweide normal; ebenso der der Leber und der Milz. Die Gegend um den linken Kieferwinkel ist geschwellt, daselbst befindet sich eine 3 Ctm. lange Inscisionswunde, durch welche sich stinkende Jauche entleert. Die ganze vordere Halsgegend ist beiderseits von

einer Geschwulst eingenommen, so dass die Haut von den Kieferrändern in gerader Flucht zu den Schlüsselbeinen zieht.

Eine ähnliche Anschwellung findet sich an der linken obern Brusthälfte, die nach oben bis zum Schlüsselbein, nach innen über den rechten Rand des Sternum, nach unten bis zur 4. Rippe reicht. Allenthalben lässt sich deutliche Fluctuation nachweisen. Nachdem eine ausgiebige Incision vorgenommen, wurde die intensiv stinkende schwarze Jauche ausgepresst, soviel als möglich. Verband nach Lister; nach 16 Stunden war der Verband von Jauchemassen durchtränkt; es wird der Verband gewechselt und eine bedeutende Menge Jauche entleert. Temperatur etwas erhöht zwischen 38° und 38·3° Celsius.

27. April. Verbandwechsel; zwischen der 2. und 3. Rippe wird eine Incision gemacht; die Haut ist über das Sternum hinaus und weit über den rechten Brustraum unterminirt; von der rechten Brusthälfte her lassen sich sehr grosse Jauchemassen und nekrotische Gewebsfetzen entfernen.

28. April. Die Schwellung am Halse hat etwas abgenommen, die Halshaut bildet einen förmlichen Sack, dessen Jaucheinhalt unerschöpflich scheint; erst nachdem in der Medianlinie gerade unter dem Kinn eine Incision vorgenommen, können Jauchemassen und Gewebsfetzen gründlicher entfernt werden. Der Gestank ist unerträglich, ebenso ist das Schlingen mit Schwierigkeit verbunden; es können nur flüssige Speisen genommen werden.

29. April. Die Schwellung am Halse hat wieder etwas abgenommen. Es fliessen noch immer bedeutende Mengen von Jauche ab; der Verband ist trotz bedeutender Watteverstärkung vollständig durchtränkt. Temperatur besonders Abends immer etwas über 38° Celsius.

30. April. Eine Hauptpartie an der linken Halsseite, vom Kieferwinkel bis zur Mittellinie ist gangränös; sie wird

mit der Scheere abgetragen, die Wunde mit Chlorzink gereinigt und nach Lister verbunden.

1. Mai. Das jauchige Secret ist etwas geringer. Die linke Hals- und Kieferseite liegt wie präparirt zu Tage, man sieht deutlich die Pulsation der Carotis.

2. Mai. Das Secret zeigt eine lichtere Färbung. Der Geruch ist weniger penetrant.

3. Mai. Das Secret hat rein eiterigen Charakter; von da ab wird dasselbe immer schöner, bis endlich nur mehr reiner Eiter, jedoch in ziemlicher Menge secernirt wird.

Bis zum 10. Mai wird der Verband täglich gewechselt; und vom 10. bis zum 30. jeden zweiten Tag. In der Gegend des Manubrium sterni findet sich eine scharfumschriebene Oeffnung am Grunde des Substanzverlustes, durch welche die Sonde bis an das Sternum vordringt.

Die Wundfläche erscheint rosenroth; schöne Granulationen. Vom 30. Mai bis 20. Juni wird jeden 4. Tag der Verbandwechsel vorgenommen. Eitersecretion nimmt allmälig ab; Temperatur normal; Patient fühlt sich wohl; vom 20. Juni ab bis zur Entlassung wird jeden 5. Tag verbunden.

Am 5. Juli Eiterabschluss, Einlegung eines Drainagerohres; die Heilung schreitet stetig fort. Die Wundflächen verkleinern sich allmälig, von den Rändern her bildet sich eine zarte weiche Narbe.

Am 3. August wird Patient auf dringendes Verlangen entlassen. Die Wundflächen sind theils vernarbt, theils in Granulation begriffen.

VIII. Fall.

Friedrich Johanna, Bäurin, 45 Jahre alt, aus Gross-Radischen Bezirk Litschau, in meine Behandlung gekommen am 2. Februar 1875.

Anamnese. Die Kranke gibt an, schon durch 15 Jahre an Magenkrämpfen zu leiden, sonst aber an keiner weiteren

Erkrankung gelitten zu haben. Vor 14 Tagen bekam sie im zweiten untern linken Mahlzahne Schmerzen, sowie gleichzeitig solche in der Gegend des linken Unterkiefers und heftiges Stechen im linken Ohre, dem bald eine starke Anschwellung der linken Halsgegend folgte, welche sich auch rasch nach rechts verbreitete. Sie fürchte zu ersticken und suchte desshalb bei mir ärztliche Hilfe.

Status praesens: Patientin ist mittelgross, schlecht genährt, die Gesichtsfarbe erdfahl, der Gesichtsausdruck der der Angst, der Kopf etwas nach rückwärts gehalten; der Unterkiefer nahezu unbeweglich, der Mund etwas offen stehend. Wird mit einem Spatel die Zunge seitwärts gedrückt, so erblickt man an beiden Seiten des Unterkiefers hochcariöse und sonst schlecht gehaltene Zähne, die Mundschleimhaut ödematös. Die ganze Gegend des Halses vom Unterkieferrande bis zur Clavicula, vom linken Processus mastoideus bis zum rechten ist stark geschwellt, bretthart und schmerzhaft. Keine Fluctuation vorhanden. Die Sprache und das Schlingen ist sehr erschwert, der Puls 110, Temperatur erhöht. Eingedenk der Worte meines Lehrers des Herrn Prof. Dr. Güntner machte ich sofort je eine 3 Ctm. lange Inscision von den Kieferwinkeln nach abwärts und eine ebensolche links in der Gegend neben dem Kehlkopfe. Es entleert sich blos Blut und Serum, jedoch kein Eiter. Application der Eiskravate, Eisstücke in den Mund und Mundwasser von Kalium hypermanganicum.

3. Februar. Der ganze Zustand hat sich in Nichts geändert, nur die Inscisionswunden erscheinen oberflächlicher und werden vorsichtig vertieft.

4. Februar. Patientin ist sehr aufgeregt, hat nicht geschlafen. Die Geschwulst reicht bis über die Clavicula, die Wangen werden etwas ödematös. Morgens war Schüttelfrost vorhanden. Temperatur und Puls hoch. Keine Fluctuation. Mit dem Scalpelstiele Versuche in die Tiefe zu gelangen.

Kein Eiter. Application der Kälte wird fortgesetzt, ausserdem Chinin. sulfuric. 2·00, in dos. 6 zweistündlich 1 Pulver gereicht.

5. Februar. Aus der Inscisionswunde unter dem linken Unterkieferwinkel ergiesst sich reichlich ein gelber übelriechender Eiter. Die Wunde neben dem Kehlkopfe wird vertieft; aus derselben fliesst Eiter in grosser Menge. Rechterseits keine Veränderung bemerkbar. Nachlass der stechenden Schmerzen im Halse. Trockener Verband.

6. Februar. Die Kranke ist ruhiger geworden, die Fieberfröste haben ganz aufgehört. Die Schwellung linkerseits merklich geringer, Eiterguss noch immer gross. Ausspritzen mit 4% Carbollösung, feuchtwarme Umschläge.

7. Februar. Patientin hat eine schlaflose Nacht gehabt. In der rechten Halshälfte grosser Schmerz bei vermehrter Schwellung. Die Inscision unter dem rechten Unterkieferwinkel wird vertieft. Massenhafte Entleerung eines penetrant riechenden jauchigen Eiters. Aus der vorderen Wunde der linken Halsseite wird ein langer abgestorbener Bindegewebsfetzen entfernt. Ausspülung mit Carbolwasser.

8. Februar. Die Kranke fühlt sich wohler, kann besser schlingen. Die Geschwulst nimmt besonders links merklich ab, daselbst die Secretion geringer, rechterseits jedoch noch immer jauchig und stark Bindegewebstrümmer enthaltend. Abermals Reinigung der Eiterherde mit Carbollösung, ausserdem wird Wein verabreicht.

9. Februar. Das Oedem im Gesichte ist verschwunden, an der Brust im Abnehmen begriffen. Aus den linksseitigen Inscisionswunden fliesst ein consistenter guter Eiter in geringer Menge, dagegen rechterseits noch immer reichlich. Am Halse rechts nach vorne gegen die Inscisura interclavicularis zu eine diffus roth gefärbte, etwas teigige Stelle mit brennenden Schmerzen. Allgemeinbefinden schreitet stetig vorwärts.

11. Februar. Fluctuation rechts neben der Inscisura

interclavic. Inscision und Entleerung eines reichlichen missfärbigen Eiters. Ausspülung mit Carbolwasser.

13. Februar. Allenthalben gute Eiterung, die Schwellung nimmt überall stark ab, Allgemeinbefinden gut.

Patientin erklärt meine Hilfe nicht mehr zu bedürfen. Zwei Monate später war noch eine harte Stelle unter dem linken Unterkiefer entsprechend der Submaxillardrüse zu fühlen.

IX. Fall.

Fels Johann, 63 Jahre alt, Kammerdiener Sr. königl. Hoheit des Grafen von Chambord in Frohsdorf, in meine Beobachtung gekommen am 2. Jänner 1880.

Anamnese. Patient bekam vor 2 Jahren am linken Mittelfinger ein Panaritium und als Folge der Vernachlässigung desselben eine diffuse Phlegmone des linken Vorder- und Oberarmes, welche Erkrankung ihn durch 4 Monate im Rudolfs-Spitale zu Wien festhielt. Der Arm zeigt zahlreiche Narben von Inscisionswunden, die durch Prof. Dr. Weinlechner ausgeführt wurden.

Am 24. Dezember 1879 bekam der Kranke Zahnschmerzen, die jedoch nicht intensiv waren, denen vier Tage später eine harte Stelle unter dem Unterkiefer folgte, die täglich grösser und schmerzhafter wurde und den Kranken sehr beunruhigte, wesshalb er am 2. Jänner 1880 meine Hilfe in Anspruch nahm.

Status praesens: Patient ist gross, mittelmässig genährt, von ziemlich frischer Gesichtsfarbe. Die Zähne und Mundhöhle ist schlecht gepflegt, links der letzte Mahlzahn stark cariös und schmerzhaft, die linke Unterkiefer und Halsgegend verstrichen und ausgefüllt durch eine Geschwulst, in der man noch ganz gut die bis zum Volumen eines Taubeneies vergrösserte Submaxillardrüse erkennt; die Umgebung derselben ist ödematös, etwas hart, von blassrother Farbe und bei Druck schmerzhaft. Das Schlingen ist erschwert und

Stechen im Halse vorhanden. Kein Fieber, Temperatur und Puls normal.

Eiskravate, Einreibung von Unquentum hydrargyri, Mundwasser von Kalium hypermanganicum. Die Extraction des kranken Zahnes wird verweigert. Bis zum 8. Jänner nahm die Geschwulst stetig zu und schliesslich die ganze linke Seite des Halses ein und reicht vom Unterkieferrande bis zur Clavicula und vom Ohre bis zur Medianlinie des Halses nur sehr wenig über diese hinausgehend; sie ist hart etwas geröthet und schmerzhaft, ohne Fluctuation. Der Mund kann nicht geöffnet und geschlossen werden, der Speichel ergiesst sich nach Aussen, die Zunge liegt am Gaumen an, das Athmen geschieht unter Zischen, das Schlingen ist nur möglich, wenn kleine Portionen Flüssigkeiten genommen werden, die oft auch noch durch die Nase zurückbefördert werden. Temperatur erhöht, Puls 100. Der Kranke ist ganz prosternirt.

In Berücksichtigung dieser Gefahr drohenden Zustände, sowie in Hinsicht der zahlreichen Familie des Erkrankten, wurde ein Consilium von Aerzten verlangt und auch von den Angehörigen des Patienten bewilligt. Am selben Tage begab ich mich daher mit dem Kranken nach Wien, um den Director Dr. Böhm und Prof. Dr. Weinlechner zu consultiren, was auch am 9. Jänner Morgens im Rudolf-Spitale geschah. Nach sorgfältiger Untersuchung und Extraction des kranken Zahnes wurde der Kranke mit dem Bedeuten nach Hause geschickt, wiederzukommen, sobald irgend welche Veränderung im Zustande der Erkrankung eintreten sollte. Die frühere Therapie wird fortgesetzt.

10. Jänner. Der Zustand des Kranken hat sich sehr verschlimmert, das Aussehen desselben ist erdfahl. Kein Schlaf. Schlingen und Sprechen unmöglich. Die Geschwulst ist noch immer von derselben Ausdehnung und Härte, gegen den Kehlkopf zu wird sie röther und gespannter, keine Fluc-

tuation. Puls 120, trockene Hitze, quälender Durst. Feuchtwarme Umschläge, Eisstückchen in den Mund.

11. Jänner Morgens. Der Kranke ist sehr unruhig, das Sensorium getrübt. Die Röthe am Kehlkopfe hat zugenommen, doch ist die Stelle etwas weicher und nachgiebiger, in der Tiefe schwache Fluctuation. Incision 1. Ctm. links vom Kehlkopfe. Entleerung einer sehr grossen Menge jauchigen Eiters von solch penetrantem Geruche, dass eine Desinfection der Wohnung nothwendig wurde.

11. Abends. Allgemeinbefinden besser, das Sensorium ist freier, die Spannung hat etwas nachgelassen. Jaucheerguss aus der Wunde sehr gross. Puls 100. Ausspülen der Eiterhöhle mit 4% Carbollösung, Listerverband, Wein.

12. Jänner Morgens. Der Kranke hat gut geschlafen und fühlt sich wohler. Der Verband ist ganz durchtränkt, die Geschwulst kleiner, die Haut bildet kleine Längsfalten. Puls 90. Der quälende Durst hat aufgehört, das Schlingen geht besser von statten. In der Incisionswunde steckt ein Pfropf, der mit der Kornzange herausgezogen einen fingerlangen necrotischen Bindegewebsfetzen repräsentirt. Irrigation mit Carbollösung. Lister.

12. Jänner Abends. Allgemeinbefinden schreitet vorwärts. Verband noch durchnässt. Aus der Incisionswunde werden noch abgestorbene Bindegewebstrümmer entfernt. Die Schwellung des Halses hat bedeutend abgenommen, die Härte beginnt sich zu verlieren. Irrigation, Lister, concentrirte Fleischkost mit Wein.

13. Jänner. Allgemeinbefinden gut. Die Secretion wird geringer, das Secret mehr puriform. Listerverband. Unter fortwährendem Rückgange der Erscheinungen und stetem Fortschreiten des Wohlbefindens, machte die Incisionswunde am 19. Jänner Anstalt zu vernarben, was am 25. vollzogen war. Der normale Zustand war wieder hergestellt bis auf eine härtere Stelle in der Gegend der Submaxillardrüse,

welche bis zum heutigen Tage trotz allen dagegen gebrauchten Mitteln noch vorhanden ist.

X. Fall.

Rasinger Maria, Bäurin aus Frohsdorf, 26 Jahre alt, in ambulatorische Behandlung genommen am 5. Juni 1880.

Anamnese: Vor einem Jahre wurde die Kranke von mir mit einem bis unter die rechte Clavicula und das Sternum reichenden Sarcoma in der rechten Halsgegend behufs Exstirpation desselben nach Wien zu Prof. Billroth geschickt, von demselben operirt und geheilt entlassen.

Vor 8 Tagen bekam sie Zahnschmerzen im linken Unterkiefer und bald darauf eine Geschwulst unter demselben, so dass sie nicht gehörig den Mund öffnen und essen konnte; auch habe sie Halsschmerzen und Stechen im Ohre.

Status praesens: Patientin ist von mittlerer Grösse, ebensolcher Ernährung und guter Constitution. Der letzte linke Mahlzahn cariös und schmerzhaft. Am Halse 2 Ctm. vom Kehlkopfe nach rechts eine schief nach abwärts und gegen die Medianlinie zu verlaufende 5 Ctm. lange, etwas eingezogene Narbe.

Linkerseits eine vom Unterkieferwinkel bis zur Kinnspitze und nach abwärts bis zur Clavicula reichende Geschwulst von ziemlicher Härte und normaler Farbe, die bei Berührung schmerzhaft ist. Kauen und Schlingen ist erschwert. Das Fieber sehr mässig. Die Extraction des kranken Zahnes wird verweigert.

Aufmerksam gemacht durch den Erfolg Dr. Eduard Bertels — Deutsche Zeitschrift für Chirurgie B. 5, 1875, S. 530 — durch subcutane und parenchymatöse Injectionen von Carbolsäure in Lösung bei dieser Erkrankung beschloss ich, dieselben in Verbindung mit einer kräftigen Antiphlogose im gegebenen Falle zur Anwendung zu bringen. Zu diesem Zwecke wurde die Zahnhöhle mit concentrirter Carbolsäure

desinficirt, zwei Injectionen von Acidi carbolic 1·00 Aquae destillat. 50·00 an der grössten Ausbreitung der Geschwulst gemacht und Eisumschläge applizirt.

6. Juni. Zahnschmerz ist vollständig verschwunden, auch der Schmerz in der Geschwulst ist geringer; diese befindet sich jedoch noch immer in demselben Zustande. Injection in die Mitte der Geschwulst. Kälte.

7. Juni. Das Stechen im Ohre hat sich gebessert. Die Kranke verlangt Injectionen. Eine solche am obern und eine zweite am unteren Grenzrande der Schwellung. Carbolmundwasser, Bestreichen der Geschwulst mit Carbolöl, Kälte.

8. Juni. Die Geschwulst wird weicher. Schmerz nur bei Kauversuchen. Injection in die Mitte der Geschwulst.

9. Juni. Die Schwellung ist merklich kleiner. Ueberall Resorption bemerkbar, keine Fluctuation. Patientin lässt keine Injection mehr zu und erklärt wieder zu kommen, wenn ihr Zustand sich verschlimmern sollte. Drei Wochen später liess sie sich den cariösen Zahn extrahiren, wobei ich constatiren konnte, dass die Geschwulst sich ganz bis zum normalen Stande rückgebildet hatte.

XI. Fall.

Weghofer Maria, Hausbesitzerstochter aus Frohsdorf, 18 Jahre als, trat als Ambulant am 15. Juli in meine Behandlung.

Anamnese: Patientin litt zu wiederholten Malen an Chlorose; worin sie von mir behandelt wurde und war ausserdem nie krank. Vor 14 Tagen bekam sie Schmerzen im letzten linken Mahlzahne. Vier Tage darauf bemerkte sie einen harten rundlichen Körper unter dem Unterkiefer, der sich immer mehr ausbreitete, bis endlich die ganze Halsseite davon eingenommen wurde. Sie kann seitdem den Unterkiefer sehr schwer bewegen und das Schlingen sei ihr sehr schmerzhaft.

Status praesens: Patientin ist mittelgross und gut genährt, die Haut sehr weiss und zart, die sichtbaren Schleimhäute sind etwas blass. Der linke letzte Mahlzahn hochgradig cariös. Unter dem Unterkiefer linkerseits ist die Submaxillardrüse als vergrössert noch durchzufühlen, doch kann sie nicht genau umschrieben werden. Die seitliche Halsgegend ist verstrichen und wird von einer ziemlich harten, etwas ödematösen Geschwulst eingenommen. Schlingen und Kauen erschwert, kein Fieber. Extraction des kranken Zahnes nicht leicht ausführbar wegen Raummangel, daher Carbolmundwasser; parenchymatöse Injection von Carbolsäurelösung und Kälte.

16. Juli. Der Zustand derselbe. Injection am Kieferrande.

17. Juli. Der Schmerz hat etwas abgenommen, sonst keine Veränderung. Injection an der unteren Grenze der Geschwulst, Kälte.

18. Juli. Die Mitte der Geschwulst ist etwas erhabener und schmerzhafter. Injection am Kieferwinkel.

19. Juli. Patientin schlief schlecht, klagte über grossen Schmerz in der Geschwulst. Mässiges Fieber. Mitte der Geschwulst ödematös, Injection am inneren Rande derselben.

20. Juli. Der Schmerz hat etwas nachgelassen. Fluctuation in der Mitte. Inscision. Entleerung einer mässigen Menge guten Eiters. Listerverband.

21. Juli. Der Schmerz ist ganz geschwunden, auch die Spannung hat abgenommen. Secretion mässig.

22. Juli. Die Haut beginnt sich leicht zu falten, Secretion geringer, der Mund kann besser geöffnet werden, das Schlingen geht leicht vor sich.

23. Juli. Die Geschwulst ist viel kleiner, Eiterung sehr geringe; die Inscisionswunde schickt sich an zu heilen. Die Kranke erklärt mich entbehren zu können und verspricht auf mein Zureden den cariösen Zahn entfernen zu lassen, was Anfangs September auch geschah. Die hiebei vor-

genommene Untersuchung des Halses ergab normalen Zustand bis auf eine merkliche Vergrösserung der Submaxillardrüse.

Ein Blick auf die erwähnten Fälle zeigt uns das wechselvolle Bild dieser Krankheit.

Während in einem Falle der Verlauf ein äusserst rapider ist, finden wir in anderen die Krankheit in die Länge gezogen, sozusagen subacut verlaufend. In einigen Fällen kam es zur oberflächlichen Vereiterung mit Schonung der tiefliegenden Organe, während in anderen Fällen, zu einer Zeit, wo die tiefliegenden Organe bis an die Wirbelsäule schon der Verjauchung anheimgefallen waren, die Infiltration an der Oberfläche noch bretthart erschien. In zwei Fällen waren gleichzeitig Nierenaffectionen vorhanden und beide endeten lethal; in dem einen Falle zeigte die Section ausgebildete Hydronephrose. Cerebrale Erscheinungen, wie Delirien, Bewusstlosigkeit, Sensibilitätsabnahme kamen bei allen schwereren Fällen vor, in einem Falle sogar Lähmung des Afterschliessmuskels. In sechs Fällen gingen Zahnschmerzen voraus, in fünfen wurde diess nicht erhoben, in den meisten Fällen kann eine schlechte Pflege der Mundhöhle und der Zähne angenommen werden, in keinem Falle aber konnte aus den Anfangssymptomen ein Schluss auf den weiteren Verlauf gezogen werden.

Obwol nun das vor mir liegende Material ein sehr kleines ist, so kann ich doch nicht umhin in Rücksicht auf die grössere Seltenheit dieser Erkrankung und desshalb, weil ich in der Behandlung der von mir gesehenen Fälle nahezu auf mich selbst angewiesen, dieselben genauer beobachtete und stets dieselben gemeinsamen Momente fand, in folgender Weise meine Ueberzeugung auszusprechen:

1) Die primär auftretende Angina Ludovici ist ganz wie der Bubo inquinalis eine Entzündung der Submaxillardrüse, wie schon Dr. von Thaden behauptete, mit nachfolgender

Theilnahme des subfascialen und subcutanen Zellgewebes und anderer Organe des Halses;

2) die Entzündung der Submaxillardrüse tritt auf, wie auch Albert zugibt, als Folge von Infection mit septischen Stoffen von der Mund- und Rachenhöhle aus, besonders vermittelt durch cariöse Zähne und die in denselben stattfindenden Zersetzungsprozesse; dem entsprechend muss

3) die Behandlung eine antiseptische sein, wie sie bereits von Hueter empfohlen und von Dr. Eduard Bertels — Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. 5. 1875, S. 530 — und in zwei Fällen von mir mit praecisem Erfolge angewendet wurde. Zu diesem Zwecke werden parenchymatöse Injectionen von Carbolsäure, Desinfection der Mund- und Rachenhöhle, sowie Beseitigung schlechter Zähne oder wenn dies unausführbar ist Vernichtung der in denselben vorgehenden Zersetzungsprozesse und Pilzwucherungen am besten durch concentrirte Carbolsäure am Platze sein.

Schliesslich sei mir gegönnt die angenehme Pflicht des Dankes gegenüber dem Herrn Generalstabsarzte Professor Dr. von Nussbaum zu üben, unter dessen gütigster Leitung meine Dissertation ihren Abschluss erreichte.

Literatur.

Niemeyer, Spec. Pathologie und Therapie.
Emmert C. Dr., Lehrbuch der Chirurgie.
Albert E. Dr., Lehrbuch der Chirurgie und Operationslehre.
Kunze C. F. Dr., Lehrbuch der practischen Medicin.
Medicinisch-chirurgisches Centralblatt, Jahrgang 1880.